



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA - UniCEUB

**ELIZANGELA COELHO APARECIDA LIMA
FRANCISCA VALDEREIS ALVES DE OLIVEIRA**

**ATUAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA
NO DISTRITO FEDERAL - UMA PESQUISA DOCUMENTAL**

**BRASÍLIA
2016**

**ELIZANGELA COELHO APARECIDA LIMA
FRANCISCA VALDEREIS ALVES DE OLIVEIRA**

**ATUAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA
NO DISTRITO FEDERAL - UMA PESQUISA DOCUMENTAL**

Artigo científico apresentado à disciplina de
Trabalho de Conclusão de Curso, como
requisito parcial para a conclusão do Curso de
Fisioterapia no Centro Universitário de Brasília
– UniCEUB.

Orientadora: Prof. Me. Monique Azevedo

BRASÍLIA
2016

ELIZANGELA COELHO APARECIDA LIMA
FRANCISCA VALDEREIS ALVES DE OLIVEIRA

Graduandas do Curso de Fisioterapia da Faculdade de Ciências da Educação e Saúde - FACES
Centro Universitário de Brasília/UniCEUB

**ATUAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA
NO DISTRITO FEDERAL - UMA PESQUISA DOCUMENTAL**

Artigo científico apresentado à disciplina de
Trabalho de Conclusão de Curso, como requisito
parcial para a conclusão do Curso de Fisioterapia
no Centro Universitário de Brasília – UniCEUB.

Brasília, _____ de _____ de 2016.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Me. Monique Azevedo
Orientadora

RESUMO

Os níveis de atenção secundário e terciário predominam na assistência à saúde no Brasil e a prática da fisioterapia, por desconhecimento de grande parte dos envolvidos no processo, é vinculada exclusivamente a esses graus de cuidado, o que desafia os profissionais da área a garantir o espaço conquistado na atenção básica e a conscientizar os gestores da necessidade da expansão. O objetivo deste trabalho foi demonstrar que a formação do fisioterapeuta o capacita para laborar na atenção básica à saúde, com possibilidade de ganho significativo na qualidade de vida da população e verificar o quanto esse profissional tem participado, nesse nível de assistência, no Distrito Federal, por meio do Programa Saúde da Família. O método utilizado foi a pesquisa nos documentos disponibilizados, principalmente, no espaço “Transparência na Saúde” do portal da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal e no “Portal da Transparência” da Controladoria Geral do Distrito Federal, bem como revisão bibliográfica de artigos constantes nas bases de dados “Scielo”, “Lilacs” e “Medline” e consulta na legislação vigente e materiais de divulgação do Ministério da Saúde. Como resultado, restou imponderável que a presença do fisioterapeuta na atenção básica é relevante e atende os princípios do atual modelo de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) e, por decorrência, promove a melhoria da qualidade de vida da população, mas esse atual modelo de atendimento de saúde não foi totalmente implantado no Distrito Federal e, atualmente, a presença do profissional da fisioterapia junto à comunidade, por meio deste programa, é numericamente inexpressiva.

Palavras-chave: Fisioterapia. Atenção Básica à Saúde. Programa Saúde da Família.

ABSTRACT

The secondary and tertiary care levels predominate in health care in Brazil and the practice of physical therapy, for ignorance of those involved in the process, is linked exclusively to those degrees of care, which challenges the professionals to ensure the space gained in primary care and to raise awareness among managers of the need for expansion. The aim of this work was to show that physiotherapist professional's formation enables it to act at the basic health care, with possibility of significant earning to the population's quality of life and also verify how much that professional has participated, in that level of support in Distrito Federal, through Programa Saúde da Família. It was applied the research in the available documents, mainly, in the space "Transparência na Saúde" of the Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal's site and in the Controladoria Geral do Distrito Federal's "Portal da Transparência", as well literary review through articles in the "SciELO", "Lilacs" and "Medline" data bases and consultation on the current laws and promotional materials of the Ministério da Saúde as method. As the result, it was imponderable that the presence of the physiotherapist in the basic health care is relevant and meets the principle of the current health model of the Sistema Único de Saúde (SUS) and, by result, promotes the improvement of the population's quality of life, but that current health care model was not totally included in the Federal District and the presence of physiotherapist together the community, through this program, is numerically expressionless.

Keywords: Physiotherapy. Primary Care to Health. Family Health Program.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	6
METODOLOGIA.....	8
FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	9
1 ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE	9
2 O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	10
3 A FISIOTERAPIA NA ATENÇÃO BÁSICA.....	16
RESULTADOS	24
DISCUSSÃO	30
CONCLUSÃO.....	33
REFERÊNCIAS	35

INTRODUÇÃO

O modelo assistencial à saúde que ainda predomina no Brasil é dependente dos hospitais e caracteriza-se pelo individualismo, pelo desperdício dos recursos tecnológicos disponíveis e pela baixa resolubilidade, resultando na insatisfação dos gestores, profissionais de saúde e população envolvidos no processo ⁽¹⁾.

Ao longo da história, o fisioterapeuta tem sido visto como um profissional que segue esse modelo tradicional e direciona suas ações para os campos curativo e de reabilitação. Tal paradigma é baseado em aspectos históricos, de ordem político-econômica e organizacional ⁽²⁻³⁾.

Ademais, há estudos que afirmam que o ensino superior de fisioterapia tende a valorizar o individual, a terapêutica, a especialidade e a utilização de métodos e técnicas sofisticadas e que as exceções não são suficientes para desencadear um processo de mudança direcionado à atenção primária ⁽²⁻³⁻⁴⁾.

A fisioterapia, entretanto, tem previsão de atuação na atenção básica e nela é de grande valia. Sua formação abrange a promoção de saúde, prevenção de doenças e educação em saúde. Mas o que se observa é que a atuação do fisioterapeuta na atenção básica é recente, com experiências de destaque, de forma isolada, em algumas unidades da federação ⁽²⁻³⁻⁵⁻⁶⁻⁷⁾.

A fisioterapia não integra a equipe mínima de atenção básica em saúde pública, mas tem a possibilidade de atuação nas equipes de apoio, conforme as necessidades de cada município, dependendo da percepção dos gestores municipais ⁽⁸⁻⁹⁾.

O Distrito Federal ainda não teve uma atuação marcante do fisioterapeuta na atenção básica por meio do Programa Saúde da Família. Pelo contrário, os números têm mostrado que esse programa já teve uma significância maior nesse nível de assistência à

saúde pública do que a que se observa hoje em dia, o que traz previsões negativas nesse nível de atenção para as chamadas outras profissões, inclusive a fisioterapia, na capital federal ⁽¹⁰⁾.

Assim, a manutenção e ampliação da participação do fisioterapeuta na estrutura tem sido algo desafiador e depende de uma atuação capaz de atender às demandas coletivas e, para isso, exige o fortalecimento do seu objeto de intervenção, que deve ser direcionado para a saúde coletiva, podendo, oportunamente, lançar mão das suas competências curativas e de reabilitação ⁽⁴⁻¹¹⁾.

Por conseguinte, o objetivo deste trabalho é demonstrar que a formação do fisioterapeuta o capacita para laborar na atenção básica à saúde, com possibilidade de ganho significativo na qualidade de vida da população e verificar o quanto esse profissional tem participado, nesse nível de assistência, no Distrito Federal, por meio do Programa Saúde da Família.

METODOLOGIA

O método utilizado no presente trabalho foi a pesquisa de documentos disponibilizados no espaço “Transparência na Saúde” do portal da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (DF), no *link* “especialidades médicas e exames oferecidos” que dão conhecimento da composição das Superintendências Regionais de Saúde e na aba “Concursos/Quadro Demonstrativo de Concursos e Nomeações”, além do “Portal da Transparência” da Controladoria Geral do Distrito Federal, onde foi possível, por meio do filtro “Exercício: 2016; Mês: Janeiro; Cargo: Fisioterapeuta; e Situação: Ativo”, obter informações acerca do quadro dos profissionais em atividade no Governo do Distrito Federal. Foi utilizada, também, a revisão bibliográfica de artigos constantes nas bases de dados “SciELO”, “Lilacs” e “Medline”, realizada no período de janeiro a março de 2016, nas quais foram analisados vinte e dois artigos, produzidos a partir de 2010, encontrados por intermédio dos descritores: “Fisioterapia”, “Atenção Básica à Saúde” e “Programa Saúde da Família”, bem como foram utilizadas a Política Nacional de Atenção Básica e o Guia Prático do Programa Saúde da Família, como instrumentos base para o trabalho, com o intuito de organizar a fundamentação teórica para a introdução ao tema. Foram excluídos dos critérios de pesquisa os artigos internacionais encontrados, assim como treze outros artigos nacionais, por não apresentarem novas informações relevantes à pesquisa.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1 ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) considera os termos “atenção básica à saúde” e “atenção primária à saúde” como termos equivalentes ⁽⁸⁾,

Segundo a PNAB, a atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que cause impacto na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades ⁽⁸⁻¹²⁾.

A atenção básica pode ser entendida, também, como uma estratégia de organização da atenção à saúde, delimitada pelos princípios e diretrizes que esses serviços devem disponibilizar: a universalidade, a acessibilidade, o vínculo, a continuidade do cuidado, a integralidade da atenção, a responsabilização, a humanização, a equidade e a participação social ⁽⁸⁾.

A atuação no nível primário é destinada ao coletivo e potencializa os resultados das ações de saúde, pois busca transformar as condições de vida dos grupos populacionais ao inibir o surgimento e desenvolvimento de doenças evitáveis ⁽¹³⁾.

Desde o início, a PNAB foi gradualmente se fortalecendo e a atenção básica, base da pirâmide do sistema, se constituindo como porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), com práticas humanizadas, focada na pessoa e não na enfermidade, integrais, equânimes, com participação social e obedecendo ao nível de complexidade individual ⁽⁴⁻⁵⁻¹¹⁻¹²⁻¹⁴⁾.

Cabe destacar que uma das funções da atenção básica é ser resolutive, que se caracteriza pela capacidade de identificar riscos, necessidades e demandas de saúde, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, por meio de uma clínica ampliada capaz de construir vínculos positivos e intervenções clínicas e sanitariamente efetivas, na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais, através da promoção da saúde, prevenção de doenças e educação continuada. Outras funções da atenção básica são a prestação de assistência integral e de qualidade à população. Essas últimas funções se explicam por si ⁽⁶⁻⁸⁻⁹⁾.

Os processos de transição demográfica, nutricional e epidemiológica têm reflexo direto sobre os serviços de saúde, com consequente necessidade de aumentar a cobertura e diversificar a oferta de serviço ⁽⁶⁻¹³⁾.

Assim, em função da realidade epidemiológica, institucional e das necessidades de saúde da população, torna-se necessária a ampliação das equipes de atenção básica, possibilitando reforçá-la com profissionais de diversas áreas, capazes não só de solucionar problemas de saúde, mas também de ordem política, social, cultural e econômica, conduzindo à integralidade da assistência e fortalecendo os propósitos do SUS ⁽⁸⁻¹¹⁾.

O principal papel do profissional da saúde na atenção básica é atuar no controle de risco, ou seja, no controle de fatores que potencialmente podem contribuir para o desenvolvimento da doença ⁽⁷⁾.

2 O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

À medida que foram sendo observadas novas demandas geradas a partir do novo perfil epidemiológico, da ampliação da consciência social e da emergência de novos problemas, foram necessárias novas reformas no setor saúde ⁽⁷⁾.

A Constituição Federal prevê que as ações e serviços de saúde devem ser desenvolvidos de acordo com as diretrizes enunciadas no seu artigo 198: descentralização, atenção integral à saúde e participação social, contrapondo-se à política de saúde anterior à Reforma Sanitária, baseada na assistência médica centrada no indivíduo, evidenciando ações predominantemente curativas, de altos custos, com pouco resultado na qualidade de vida da população ⁽⁷⁻¹³⁻¹⁵⁻¹⁶⁾.

Visando a atender a essas diretrizes é que surge o SUS, regido pelos princípios básicos da universalidade, equidade e resolutividade e calcado na descentralização e no investimento dos governos federal, estadual e municipal, e suscita diversas ideias e propostas aos modelos assistenciais adotados, à lógica de financiamento e às práticas profissionais ⁽¹³⁻¹⁶⁻¹⁷⁻¹⁸⁾.

Com o objetivo de reorientar o modelo assistencial brasileiro, o Ministério da Saúde implantou, a partir de 1994, o Programa Saúde da Família (PSF), como resposta à conjuntura da época e em atenção à criação do SUS, a fim de se alinhar aos seus princípios. O PSF, portanto, passa a ser a proposta de consolidação do SUS ⁽¹⁻³⁾.

Nesse contexto, o PSF visa a reorganizar o sistema de saúde dos municípios, que passaram a atuar de forma regionalizada e hierarquizada disposto em “níveis crescentes de complexidade”. É a estratégia priorizada pelo Ministério da Saúde (MS) para organizar a atenção básica e reduzir o hiato ainda existente entre os direitos sociais garantidos em lei e a capacidade efetiva de oferta de ações e serviços públicos de saúde à população brasileira. ⁽¹⁻³⁻⁹⁻¹²⁻¹⁷⁾.

O programa pressupõe uma nova dinâmica para a estruturação dos serviços de saúde, bem como para o seu envolvimento com a comunidade e com os diversos níveis de complexidade da estrutura e, por meio de uma abordagem multiprofissional e de ações preventivas de doenças e promoção da saúde, se compromete a prestar assistência na unidade

de saúde e no domicílio, sempre de acordo com as suas reais necessidades e, ainda, identifica os fatores de risco a que se expõe e neles intervém da forma adequada ⁽¹⁻¹¹⁾.

Pesquisas indicaram que cerca de 85% dos problemas de saúde da população podem ser resolvidos, com qualidade, pelas unidades básicas de saúde e, dos 15% restantes, uma parte deveria recorrer a ambulatórios de especialidades e apenas um pequeno número necessitaria de atendimento hospitalar ⁽¹⁷⁾.

Entretanto, antes da criação desse programa, 85% dos pacientes, aproximadamente, eram encaminhados para hospitais e apenas 15% eram tratados nos centros ou postos de saúde municipais ⁽¹⁷⁾.

O programa, então, recepciona a Estratégia Saúde da Família que é tida como forma de propiciar a reorientação do processo de trabalho com maior capacidade de atingir os seus princípios, diretrizes e fundamentos, de aumentar a resolutividade e impactar a situação de saúde das pessoas e coletividade, além de oferecer relação custo-efetividade satisfatória ⁽⁶⁻⁹⁻¹⁹⁾.

Essa estratégia é calcada em equipes multidisciplinares de profissionais, destacadas em unidades básicas de saúde, aptos a atuar de forma responsável, identificando-se como agentes de transformação social em prol da saúde integral, conscientes da natureza dos problemas de saúde em suas relações com o contexto e comprometidos em alcançar a humanização da saúde. Esses profissionais trocam informações sobre os pacientes e estendem a disponibilização dessa saúde humanizada a toda a comunidade, proporcionando melhoria na qualidade de vida ⁽⁹⁻¹¹⁻¹⁵⁻²⁰⁻²¹⁾.

A ESF, então, busca superar a rotina dos programas verticalizados e fragmentados, direcionada à realização do cuidado integral, humanizado e resolutivo ⁽²²⁾.

Considerando a necessidade de revisar e adequar as normas nacionais do desenvolvimento da atenção básica no Brasil e considerando a consolidação da ESF como forma prioritária para reorganização desse modelo e que a experiência acumulada em todos os entes federados demonstrava a necessidade de adequação de suas normas, o Governo Federal aprovou, por meio da Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a ESF e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde⁽⁸⁾.

Sendo assim, atualmente o atendimento à saúde básica passou a ter a seguinte estrutura:

a. As Equipes de Saúde da Família:

Compostas por médico, enfermeiro, agente comunitário, dentista e auxiliar de saúde bucal, que têm como missão a promoção da reorientação das práticas e ações de saúde de forma integral e contínua, mais perto da família, em atenção aos princípios básicos do SUS⁽⁸⁻²⁰⁾.

A forma de atuação profissional nas equipes é baseada em decisões coletivas, numa perspectiva interdisciplinar, com agregação de novos valores à sua prática, atuando em intervenções domiciliares, nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e locais públicos, como escolas, salões dos centros de saúde, igrejas, praças, dentre outros⁽²⁻⁶⁻⁷⁻¹¹⁾.

As UBS, por intermédio das Equipes de Saúde da Família, tornaram-se a porta de entrada do usuário no sistema local de saúde. Dessa forma, pelo conhecimento aproximado da população e pelo acompanhamento dos casos, o programa permite ordenar os encaminhamentos e racionalizar o uso da tecnologia e dos recursos⁽⁸⁻¹⁷⁾.

Essas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de três mil a quatro mil pessoas, localizadas em uma área territorial, política ou econômica delimitada. As Equipes de

Saúde da Família desenvolvem ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes e a manutenção da saúde da população sob sua responsabilidade ⁽⁸⁻¹⁷⁾.

Em proveito ao princípio da delimitação territorial, que rege as equipes de saúde da família, é possível a demarcação de um espaço concreto de atuação da equipe. A determinação do núcleo familiar como base e unidade para o desenvolvimento de sua atuação permite à equipe compreender a dinâmica do núcleo familiar, suas relações na sociedade, inclusive o modo social de produção, e avaliar que determinantes sociais influenciam o processo de saúde na comunidade. Esse *modus operandi* permite a criação de vínculos de corresponsabilidade, o que facilita a identificação e o tratamento dos problemas de saúde da comunidade ⁽⁷⁾.

Os dados constantes do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e as informações coletadas nas reuniões com as equipes de saúde fornecem subsídios para traçar estratégias de atuação de acordo com o perfil de cada comunidade ⁽²¹⁾.

b. Núcleo de Apoio à Saúde da Família:

Com as demandas específicas que surgiram no decorrer do PSF, o MS criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), mediante a Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, com o objetivo de apoiar as ações das equipes de saúde da família e considerando as necessidades das Políticas Nacionais de Integração da Pessoa com Deficiências, da Saúde da Criança, da Atenção Integral à Saúde da Mulher, do Idoso, entre outras ⁽⁹⁾.

Cada NASF pode ser vinculado a, no mínimo três equipes e, no máximo, a quinze, dependendo do tipo, e fazem parte da atenção básica, mas não são de livre acesso para atendimento individual ou coletivo. Estes, quando necessários, devem ser regulados pela respectiva equipe de saúde da família ⁽⁸⁾.

A razão da criação do NASF foi ampliar a abrangência e a incidência das ações da atenção básica, aumentando sua resolutividade, por meio do reforço dos processos de territorialização e regionalização em saúde ⁽⁸⁻⁹⁾.

O objetivo do NASF é qualificar e dar suporte ao trabalho das equipes de saúde da família, participando ativamente e colaborando para recobrir o modelo fragmentado que ainda perdura, contribuindo para integralizar a assistência aos usuários e estruturar as redes de cuidados ⁽⁹⁻¹⁵⁾.

A composição de cada um dos NASF é, de certa forma, flexível, definida pelos gestores municipais, buscando atender prioridades identificadas a partir dos dados epidemiológicos e das necessidades locais e das equipes de saúde que serão apoiadas, podendo ser constituído por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento (psicólogo, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico ginecologista, profissional da educação física, médico homeopata, nutricionista, médico acupunturista, médico pediatra, médico psiquiatra e terapeuta ocupacional) e atuam em parceria com os profissionais das equipes de saúde da família, e todos trabalham sob as disposições legais que regulamentam o exercício de cada profissão ⁽⁸⁻⁹⁻²³⁾.

Os NASF são submissos às diretrizes da ação interdisciplinar e intersetorial; devem buscar a educação permanente em saúde dos profissionais e da população; desenvolvimento da noção de território; integralidade, participação social, educação popular; e promoção da saúde e humanização, que são inerentes ao “novo” modelo ⁽⁹⁾.

Dessa forma, o desafio dos profissionais no NASF é o de desenvolver uma nova concepção de trabalho baseada na atuação conjunta, integrada e intersetorial, alicerçada nas redes pelo envolvimento entre os profissionais entre si e entre esses e os usuários, o que alcançaria o conceito ampliado de saúde ditado pelo SUS ⁽³⁻¹⁵⁾.

As ações interdisciplinares ajudam a envolver e a responsabilizar todos os profissionais, aumentando a resolutividade das intervenções⁽²¹⁾.

No entanto, a ação conjunta dos profissionais da saúde nas ações na atenção básica ainda não é uma prática comum. A formação dos profissionais de saúde, em geral, que privilegia o trabalho individual em relação ao coletivo, é um dos fatores que dificultam a prática da interdisciplinaridade no trabalho das equipes e dessas com os NASF⁽⁵⁻²¹⁾.

3 A FISIOTERAPIA NA ATENÇÃO BÁSICA

A maioria dos usuários ainda relaciona a fisioterapia à reabilitação física e, até mesmo profissionais de saúde, relutam em considerar a possibilidade da intervenção fisioterapêutica em patologias essencialmente cuidadas na atenção básica, o que acarreta um distanciamento da população à especialidade⁽³⁻²⁰⁾.

No Brasil, a fisioterapia foi recepcionada como profissão de nível superior em outubro de 1969, pelo Decreto-Lei nº 938, que estabeleceu, em seu art. 3º, que executar métodos e técnicas fisioterápicas com a finalidade de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade física do paciente é atividade privativa do fisioterapeuta⁽¹³⁻¹⁶⁾.

A partir da Resolução do Conselho Federal de Fisioterapia (COFFITO) nº 08/78, e por meio das diversas diretrizes posteriores, o fisioterapeuta passou a atuar nos níveis de assistência primária, secundária e terciária e teve ampliado seu campo de atuação, passando a intervir na saúde global do indivíduo, não mais de forma fragmentada, nem simplesmente no que diz respeito a sua capacidade física⁽²⁻⁶⁻¹¹⁾.

A Resolução COFFITO nº 80/87 marcou pela transcendência dos “distúrbios do movimento” e passou a enfocar o “movimento humano” em si, “em todas as suas formas de expressão e potencialidades”. Ao assumir o movimento como seu objeto, o fisioterapeuta

abriu a possibilidade de adotar uma perspectiva relacional, pensando o sujeito não apenas por suas características biológicas, mas também o considerando na sua dimensão social⁽¹¹⁾.

Em 2009, o COFFITO baixou diretrizes que definem que a atenção fisioterapêutica deve abranger o desenvolvimento de ações preventivas primárias (promoção de saúde e proteção específica), secundárias (diagnóstico precoce) e terciárias (reabilitação). Essas diretrizes, então, passaram a integrar trabalho e ensino, prática e teoria, ensino e comunidade⁽²⁻⁶⁻¹²⁻¹⁶⁻¹⁸⁾.

A fisioterapia coletiva, porém, abarca também a fisioterapia reabilitadora que, apesar de tê-la rotulado por muito tempo negativamente, possibilita o desenvolvimento da prática fisioterapêutica tanto no controle de danos quanto no controle de riscos, de natureza comportamental, educacional, social, econômica, biológica e físico-química etc⁽⁹⁻¹³⁾.

Essa rotulação como reabilitadora, durante muito tempo excluiu a fisioterapia da rede básica, causando uma grande dificuldade de acesso da população a esse serviço e criando um obstáculo para a atuação do fisioterapeuta na atenção básica⁽³⁻⁷⁻⁹⁻¹⁴⁻¹⁶⁾.

Aliada ao estigma inicial de profissionais de reabilitação, a não definição do objeto de trabalho dos fisioterapeutas contribuiu para um distanciamento deles das atividades educativas, preventivas e promotoras de saúde⁽⁵⁻¹⁴⁾.

As alterações no perfil epidemiológico e as mudanças no sistema de saúde, como a implantação do SUS, sugeriram novos desafios e responsabilidades à fisioterapia, também promovendo alterações no processo de formação e desenvolvimento de profissionais da área⁽¹³⁻¹⁸⁾.

A atuação do fisioterapeuta, que estava restrita à recuperação e à reabilitação, passa a tratar a promoção e a prevenção da saúde como área de atuação, a partir da década de

1980. Desde então, os cursos de Fisioterapia têm incorporado a prevenção e a promoção nas suas estruturas curriculares⁽²⁻⁶⁻¹⁴⁾.

A formação acadêmica, que constituía um dos entraves para romper com o paradigma da reabilitação passou a estimular o pensamento crítico e produtivo, basear-se nos problemas da população assistida e valorizar o conhecimento que é produzido dia a dia, articulando-o com o que foi absorvido nos bancos escolares⁽¹⁸⁾.

As diretrizes curriculares dos cursos de graduação na área de saúde, aprovadas entre 2001 e 2002, determinam que o fisioterapeuta tenha uma formação generalista, habilitando-o a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo, bem como deve contemplar o trabalho em equipe e a atenção integral à saúde. Os projetos pedagógicos dos cursos de fisioterapia passaram a contar com disciplinas como Fisioterapia Preventiva Social e Saúde Coletiva⁽²⁻⁵⁻¹¹⁻¹⁶⁾.

Atualmente, a fisioterapia tem uma formação acadêmica sólida, que possibilita atuar com louvor em programas de promoção à saúde. Ainda assim, o domínio do conhecimento técnico é sem dúvida indispensável, porém não é suficiente para o modelo que se busca construir; devem-se formar profissionais que tenham vivido e refletido sobre o acesso universal, a qualidade e a humanização na atenção à saúde, com controle social, o que o capacita a pensar criticamente, analisar os problemas da sociedade e propor soluções⁽³⁻¹⁸⁾.

Em pesquisa realizada com estudantes do curso de fisioterapia de uma Instituição de Ensino Superior pública, na cidade de Teresina-PI, foi constatado que os acadêmicos entrevistados, em sua maioria, detinham conhecimentos sobre o SUS, adquiridos em sua graduação, principalmente após a realização do estágio supervisionado, e acreditavam estar preparados para atuar no sistema⁽¹⁸⁾. Entretanto, esse não é um mapa estável⁽¹⁶⁾.

Devido às grandes mudanças demográficas, epidemiológicas e à implantação da ESF, vislumbrou-se a necessidade de lotar fisioterapeutas nas UBS e a possibilidade de

atuação desses em diversos programas nelas desenvolvidos, a fim de assegurar a integralidade na atenção à saúde ⁽²⁻⁶⁻¹¹⁻²⁴⁾.

Os fisioterapeutas podem compor os NASF, onde devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das equipes de saúde da família, compartilhando as práticas e saberes em saúde, atuando diretamente no apoio matricial às equipes da unidade na qual o NASF está vinculado e no território dessas equipes ⁽⁸⁻¹²⁾.

Os fisioterapeutas, nos NASF, podem, ainda, realizar diversas atividades individuais ou em grupos de postura, grupos de mães de crianças com infecção respiratória aguda, grupo de prevenção de inaptidão em hanseníase, grupo de mães com filhos com problemas neurológicos, atendimento individual, estimulação necessária em crianças com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, trabalho nas creches, reeducação postural global, restabelecer cuidadores dentro do ambiente familiar de orientação à saúde, trabalhadores vítimas de acidentes de trabalhos e de doenças do trabalho (lesões por esforços repetitivos - LER/doença osteomuscular relacionada ao trabalho - DORT), diabéticos, hipertensos, acometidos por acidente vascular encefálico ou doenças respiratórias, estimulação precoce, pacientes acamados e usuários de prótese e órtese, bem como nos estabelecidos Hiperdia, Saúde da Mulher, Saúde do Idoso, Gestantes, Saúde da Criança, entre outros, tendo como escopo a prevenção de doenças, promoção e manutenção da saúde e intervir positivamente na qualidade de vida da comunidade: são abundantes os agravos à saúde com potencialidade para atuação da fisioterapia na atenção básica ⁽²⁻¹¹⁻¹⁶⁻²³⁻²⁵⁾.

Esses desafios e necessidades são a mola propulsora da fisioterapia coletiva, como base para reorientação do foco de atenção e da prática profissional do fisioterapeuta, o que possibilita seu desenvolvimento tanto no controle de danos quanto no controle de riscos ⁽¹³⁾.

Eis a diferença chave entre os dois modelos de atuação da fisioterapia: o momento da intervenção. Enquanto no controle de danos a intervenção ocorre quando a doença já está

instalada, no controle dos riscos a intervenção ocorre antes de a doença acontecer, ou seja, antes do aparecimento de sequelas e complicações limitadoras do movimento ⁽¹³⁻²⁶⁾.

Lista-se, a seguir, justificativas para atuação do fisioterapeuta no Programa Saúde da Família:

a. dificuldade de acesso da população ao atendimento especializado de saúde: a inserção do fisioterapeuta, seja por meio do NASF ou diretamente na equipe de base da ESF, pode compensar a limitada oferta de serviços públicos de fisioterapia. Cumpre destacar que a população, devido a aspectos socioculturais, muitas vezes só recorre à fisioterapia por necessidades consideradas urgentes e imediatas, tais como sequelas de AVC ou dor lombar aguda ⁽⁸⁻²²⁻²⁵⁾;

b. possibilidade de colaborar na ordenação das redes: reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando-as em relação aos outros pontos de atenção, contribuindo para que a programação dos serviços de saúde tenha como ponto de partida as necessidades de saúde dos usuários ⁽⁸⁾;

c. o atendimento individual, visitas familiares, orientações aos cuidadores, considerando a dificuldade de deslocamento à UBS, devido a limitações físicas, financeiras e à dinâmica familiar. A reabilitação pode permanecer como um campo de atuação do fisioterapeuta na atenção básica, principalmente na atenção domiciliar, o que contribuiria para a execução de ações específicas nas pessoas que possuem uma limitação funcional ⁽⁴⁻¹⁶⁻²⁷⁾; e

d. exemplos de orientação de cuidadores de pessoas idosas, ergonomia do lar e do trabalho e associação de um diagnóstico da comunidade aparecem como dispositivos disparadores de ações que podem ser realizadas por este profissional com uma equipe interdisciplinar, favorecendo assim, a comunidade atendida ⁽⁴⁾.

Há relatos de que desde 1994 fisioterapeutas atuam na atenção básica. Alguns municípios, como Sobral, no Ceará, Londrina, no Paraná, e Governador Valadares e Ipatinga, em Minas Gerais, já incluíram exitosamente o fisioterapeuta nas suas equipes de saúde da família. Essas experiências, infelizmente, são isoladas, subutilizadas e pouco divulgadas ⁽³⁻⁶⁻¹⁶⁻²⁵⁻²⁷⁾.

Em uma pesquisa realizada em Sobral, foi constatado que 47,0% dos usuários dos serviços de fisioterapia das equipes de saúde da família nunca tinham sido atendidos por esse profissional antes de sua inserção na equipe de saúde e que dois terços do trabalho realizado pelos fisioterapeutas estão relacionados à promoção da saúde, prevenção de doenças ou estão sendo realizadas de maneiras coletivas ⁽³⁻²⁵⁾.

A Região Nordeste, por ter o maior contingente populacional marginalizado e a decorrente demanda por implementação de ações de saúde coletiva efetivas, pode justificar uma preocupação destacada com a integração entre as instituições formadoras e os serviços de saúde ⁽²¹⁾.

Estudos epidemiológicos são fundamentais para conhecer a demanda inicial, o que possibilita melhor planejamento das ações do fisioterapeuta na atenção básica e, conseqüentemente, maior eficácia nos serviços prestados à população e para a consolidação do trabalho do fisioterapeuta na atenção básica, a fim de comprovar melhorias na qualidade de vida da comunidade ⁽⁶⁻⁹⁻²¹⁻²⁵⁾. Entretanto, são escassos dados epidemiológicos e literatura sobre a utilização da fisioterapia na atenção básica no Brasil ⁽⁶⁻²⁵⁻¹⁴⁾.

É função e responsabilidade do fisioterapeuta proporcionar educação, prevenção e assistência coletiva na atenção básica em saúde, bem como integrar equipes multiprofissionais, interdisciplinares e intersetoriais destinadas a planejar, programar, controlar e executar projetos e programas ⁽²⁻⁶⁻¹¹⁻²⁸⁾.

Nessa atmosfera, a fisioterapia recebe uma missão primordial de cooperação mediante a atual realidade da saúde, através da terapêutica física na prevenção, eliminação ou melhora de estados patológicos do indivíduo, na promoção e na educação em saúde. Diante desse quadro e da lógica de organização do SUS, o modelo de saúde coletiva visa a acrescentar novas possibilidades e necessidades da atuação do fisioterapeuta, sem extinguir as ações de cura e reabilitação ⁽²⁻³⁻¹³⁾.

Outros autores citam, como objeto de estudo da fisioterapia, “o movimento humano em todas as suas formas de expressão e potencialidades, distinguindo as suas disfunções e repercussões psíquicas e orgânicas, no propósito de prevenir alterações, preservar, promover e restaurar a integridade de órgãos, sistemas e funções” (RIBEIRO, 2011).

A atuação do fisioterapeuta na atenção básica tem amparo legal no artigo 19 da Lei Federal nº 10.424, de 15 de abril de 2002. A fisioterapia está abarcada nas especialidades da ciência da saúde, com capacidade para prognosticar, diagnosticar e intervir eficientemente, com o fim de melhorar ou manter as habilidades funcionais do indivíduo e atua nos três níveis de atenção à saúde ⁽³⁾.

A Resolução do COFFITO-80 advoga a inserção do fisioterapeuta em uma equipe de saúde e a atuação desse profissional nos diversos níveis de assistência, tendo como objetivos: preservar, promover, aperfeiçoar ou adaptar, através de uma relação terapêutica, o indivíduo, com ênfase na melhor qualidade de vida ⁽²⁾.

Vale ressaltar que as atividades do fisioterapeuta na atenção básica não são, isoladamente, suficientes para atender às demandas de uma intervenção mais especializada de reabilitação física, por exemplo, o que torna necessário referenciar o paciente para os serviços de atenção especializada ⁽¹²⁾.

Além disso, a simples existência dos NASF não garante a plena inserção do fisioterapeuta na atenção básica, mas dita essa possibilidade, a cargo do gestor municipal. A identificação das necessidades de atendimento fisioterapêutico entre as pessoas da comunidade é um meio eficaz para sensibilizar os gestores sobre a urgência de incluir esse profissional na equipe de saúde da atenção básica ⁽²¹⁻²⁵⁾.

Alguns autores ressaltam, porém, que a necessidade de conscientizar a comunidade e os demais profissionais inseridos nas equipes de saúde da família acerca das capacidades e limitações da fisioterapia é essencial para o incremento da inserção do fisioterapeuta como agente de saúde na rede de atenção básica ⁽³⁻²²⁾.

Hoje o fisioterapeuta é um membro capaz de atuar no programa com sólida formação científica, com possibilidade de desenvolvimento de ações de prevenção, promoção de saúde, avaliação, tratamento e reabilitação e utiliza nessas ações programas de orientações e promoção da saúde. Essas ações podem ser individualizadas ou coletivas e têm angariado participações exitosas na atenção básica ⁽³⁻²²⁾.

RESULTADOS

Brasília é dividida em 7 (sete) Regiões de Saúde ⁽²⁹⁾, como se pode ver no mapa a seguir:

Mapa das Regiões de Saúde no DF



Fonte: Plano Distrital de Saúde 2016 a 2019 ⁽²⁹⁾.

O sítio eletrônico da Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal apresenta a seguinte distribuição de unidades de saúde, nas diversas regionais ⁽³⁰⁾:

A Região de Saúde Centro-Sul abrange a Asa Sul, o Lago Sul e o Guará e é formada pelo Hospital Materno Infantil de Brasília (HMIB) Hospital Regional do Guará (HRGu), seis Centros de Saúde, dois postos de saúde, um centro de atenção psicossocial, um Adolescentro e uma Unidade Mista de Saúde.

A Região de Saúde Centro-Norte abrange a população Asa Norte, Lago Norte, Vila Planalto, Varjão e Cruzeiro. Tem como unidades de saúde vinculadas o Hospital Regional da Asa Norte (HRAN), oito Unidades Básicas de Saúde (Centros de Saúde), um “PSF” e uma equipe do Consultório na Rua e uma Unidade de Atendimento Inicial/Núcleo de Atendimento Integrado.

A Região de Saúde Oeste abrange Brazlândia e Ceilândia e é composta pelo Hospital Regional de Brazlândia (HRBz), Hospital Regional da Ceilândia (HRC) e por quatorze Centros de Saúde, sendo que um deles, em Brazlândia, se desdobra em cinco Equipes de Saúde da Família, que são apoiadas por um Núcleo de Apoio à Saúde da Família, o qual é integrado, inclusive, por um fisioterapeuta. Possui, ainda, outras seis equipes ajustadas ao Programa Saúde da Família e uma ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Na Ceilândia encontramos também um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas, dois Postos de Saúde, duas Unidades Básicas de Saúde e uma Unidade de Pronto-Atendimento.

A Região de Saúde Sudoeste abrange Samambaia, que tem como unidades vinculadas o Hospital Regional de Samambaia (HRSam), uma Unidade de Pronto Atendimento, quatro Centros de Saúde que adotam o Programa Saúde da Família, quatro Clínicas da Família, três Unidades Básicas de Saúde, dois Centros de Atenção Psicossocial e uma Unidade de Acolhimento e Taguatinga, com o Hospital Regional de Taguatinga (HRT), oito Centros de Saúde, uma Clínica da Família e uma Policlínica vinculados.

A Região de Saúde Norte abrange Planaltina e Arapoanga, que têm o Hospital Regional de Planaltina (HRPl) e dezessete Centros, Postos e Unidades Básicas de Saúde, como unidades vinculadas, sendo que quatorze desses atuam com a Estratégia Saúde da Família. Possui, ainda, um Centro de Referência em Práticas Integrativas em Saúde e um Centro de Atenção Psicossocial e Sobradinho, com o Hospital Regional de sobradinho (HRS), três Centros de Saúde e um Centro de Atenção Psicossocial.

A Regional de Saúde Leste abrange o Paranoá e São Sebastião e é composta pelo Hospital Regional do Paranoá (HRPa), dois Centros de Saúde e dois Centros de Atenção Psicossocial.

A Região de Saúde Sul abrange o Gama e Santa Maria e é composta pelo seus respectivos hospitais regionais: Hospital Regional do Gama (HRG) Hospital Regional de Santa Maria (HRSM). No Gama possui ainda sete Centros de Saúde, que atuam no modelo da Estratégia Saúde da Família, com vinte Equipes de Saúde da Família. Possui ainda um Programa de Atenção a Dependentes Químicos, um Núcleo de Leite Humano e uma Policlínica. Em Santa Maria, dois Centros de Saúde e um Centro de Atenção Psicossocial.

Em 1998, 51% da população do DF era coberta pela ESF e existiam 277 (duzentas e setenta e sete) equipes. Em 2010, os números correspondentes eram 13,24% de cobertura, a menor dentre todas as unidades da federação e, ao final de 2011, a rede pública de saúde do DF possuía 39 (trinta e nove) equipes de saúde da família e 4 (quatro) NASF⁽¹⁰⁾.

No quadro a seguir, pode-se notar a grande diminuição da cobertura da ESF no período compreendido entre 2000 e 2010:

Quadro 1: Evolução da Cobertura da Estratégia Saúde da Família

Ano	População do DF	Número de pessoas cadastradas	Cobertura (%)	Ano	População do DF	Número de pessoas cadastradas	Cobertura (%)
2.000	2.051.271	566.150	27,6	2.006	2.383.614	163.597	6,86
2.001	2.101.818	148.388	7,06	2.007	2.434.033	221.815	9,11
2.002	2.145.838	165.873	7,73	2008	2.557.158	223.028	8,72
2.003	2.189.792	175.402	8,01	2.009	2.606.884	274.821	10,54
2.004	2.233.615	138.934	6,22	2010	2.606.884	345.151	13,24
2.005	2.333.109	149.978	6,43				

Fonte: Plano Distrital de Saúde 2012 a 2015⁽¹⁰⁾.

O Plano Distrital de Saúde de 2012 previa uma cobertura de 40% da população pela Estratégia Saúde da Família, com 11 (onze) NASF, até dezembro de 2012; 40 NASF, até o final de 2013; e 75% de cobertura até o final de 2015, como meta ⁽¹⁰⁾.

O quadro abaixo, constante do Plano Distrital de Saúde 2016 a 2019, também é uma das fontes de divulgação de distribuição das unidades de saúde no DF ⁽²⁹⁾:

Quadro 2: Distribuição dos estabelecimentos de saúde no DF

Região de Saúde	Região Administrativa (RA's)	População 2014	Estabelecimentos de Saúde										
			Unidades Hospitalares (sem URD's)	Unidades de Atenção Primária					Unidades Urgência e Emergência			Unidades de Atenção Psicossocial (CAPS)	Unidades de Vigilância em Saúde (Núcleos de Inspeção)
				Centro de Saúde Tradicional	Centro de Saúde da Família	Clinica da Família	Postos de Saúde (Rurais e Urbanos)	Unidades alugadas/comodato/cedida	PS	UPA	Sala Vermelha		
Sudoeste	RA 30 - Vicente Pires	65314		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	RA12 - Samambaia	219794	HRSAM	3	1	4	1	1	HRSAM	1	1	2	1
	RA15 - Recanto das Emas	137479		2	0	2	1	5	0	1	1	0	1
	Total da Região	763.247	2	13	1	7	3	6	2	2	2	4	5
Norte	RA5 - Sobradinho I	85613	HRS	2	0	1	3	1	HRS	0	0	2	1
	RA 26 - Sobradinho II	80627		1	0	1	0	5	0	1	1	0	0
	RA 31 - Fercal	9827		0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
	RA 6 - Planaltina	189990	HRP	3	2	0	8	6	HRP	0	0	1	1
Total da Região		365.057	2	6	2	2	11	13	2	1	1	3	2
Leste	RA7 - Paranoá	60708	HRPa	1	0	0	4	2	HRPa	0	0	1	1
	RA 27 - Jd. Botânico	22119		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	RA 28 - Itapoá	49447		0	1	0	1	0	0	0	0	1	0
	RA14 - São Sebastião	93318		1	0	0	3	13	UMSS	1	1	0	1
Total da Região		225.593	1	2	1	0	8	15	2	1	1	2	2
Sul	RA2 - Gama	149158	HRG	7	0	0	2	7	HRG	0	0	0	1
	RA13 - Santa Maria	130076	HRSM	2	0	0	3	4	HRSM	0	0	1	1
Total da Região		279.234	2	9	0	0	5	11	2	0	0	1	2
Total Geral DF		2.852.372	12	59	7	9	38	59	14	6	11	17	22

Região de Saúde	Região Administrativa (RA's)	População 2014	Estabelecimentos de Saúde										
			Unidades Hospitalares (sem URD's)	Unidades de Atenção Primária					Unidades Urgência e Emergência			Unidades de Atenção Psicossocial (CAPS)	Unidades de Vigilância em Saúde (Núcleos de Inspeção)
				Centro de Saúde Tradicional	Centro de Saúde da Família	Clinica da Família	Postos de Saúde (Rurais e Urbanos)	Unidades alugadas/comodato/cedida	PS	UPA	Sala Vermelha		
Centro-Sul	RA1 - Brasília (Asa Sul)	96963	HMBB	2	0	0	0	0	HMBB, HEDF ^a	0	2	2	1
	RA16 - Lago Sul	33738		1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	RA8 - N. Bandeirante	27394	0	1	0	0	0	1	CSNB 02	1	1	0	1
	RA17 - R. Fundo I	39773	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	1
	RA 21- R. Fundo II	39536	0	0	1	0	3	2	0	0	0	0	0
	RA 24 - Park Way	21621	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
	RA19 - Candangolândia	17695	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	RA 29 - S.I.A.	2702	HRGu	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	RA 25 - SCIA (Estrut.)	32995		0	1	0	0	2	0	0	0	0	0
	RA10 - Guará	119927		3	0	0	1	2	HRGu	0	1	1	1
Total da Região		432.344	2	9	2	0	6	7	3	1	4	5	6
Centro-Norte	RA1 - Brasília (Asa Norte)	136586	HRAN	4	0	0	0	3	HRAN	0	0	1	1
	RA18 - Lago Norte	36521		1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	RA11 - Cruzeiro	39150		2	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	RA 23 - Varjão	10223		1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	RA 22 - Sudoeste/Octogonal	55828		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total da Região		278.308											
Oeste	RA9 - Ceilândia	445058	HRC	11	0	0	2	1	HRC	1	3	1	1
	RA4 - Brazlândia	63531	HRBZ	1	1	0	3	3	HRBz	0	0	0	1
Total da Região		508.589	2	12	1	0	5	4	2	1	3	1	2
Sudoeste	RA3 - Taguatinga	227379	HRT	8	0	0	0	0	HRT, HSVF ^a	0	0	2	2
	RA 20 - Águas Claras	113282		0	0	1	1	0	0	0	0	0	1

Fonte: Plano Distrital de Saúde 2016 a 2019 ⁽²⁹⁾.

Nesse plano, há registro de 7 (sete) Centros de Saúde da Família, conforme consta no quadro anterior, e 242 (duzentas e quarenta e duas) Equipes de Saúde da Família atuando na atenção primária do DF ⁽²⁹⁾:

Atualmente, a situação da atenção primária no DF é a seguinte:

Quadro 3: Situação da Cobertura da Atenção Primária à Saúde no DF

Região de Saúde	Situação Atenção Primária à Saúde	
	Cobertura ESF da Região de Saúde %	Cobertura APS da Região de Saúde %
Centro Sul	19,43	77,02
Centro Norte	1,08	35,57
Oeste	22,41	67,83
Sudoeste	26,73	47,56
Norte	30,41	54,24
Leste	41,22	29,01
sul	41,9	109,59
Total Geral DF	25,45	63,32

Fonte: Plano Distrital de Saúde 2016 a 2019 ⁽²⁹⁾.

Por esse quadro, o que se extrai é que a cobertura da ESF corresponde a 25,45% da população, na atenção primária à saúde no DF. A proposta do Governo Distrital para o período 2016-2019, no entanto, é aumentar essa cobertura populacional atendida para 50%, com fortalecimento dos NASF ⁽²⁹⁾.

Do quadro demonstrativo a seguir, é possível concluir que das 7 (sete) regionais de saúde do Distrito Federal (DF), pelo menos seis atuam com alguma célula do Programa Saúde da Família; entretanto, os registros mostram que há a presença de apenas um profissional de fisioterapia nessas células. De outro modo, na regional Centro-Sul, o primeiro contato da população com o fisioterapeuta é, provavelmente, no hospital regional (HMIB) ⁽³⁰⁾.

Conclui-se, também, que somente 5 (cinco) regionais possuem equipes de saúde da família, mas apenas duas dessas regionais possuem um NASF. Entretanto, os registros mostram que o NASF da Regional Oeste é o único contemplado com fisioterapeuta nos seus quadros ⁽³⁰⁾.

Quadro 4: Demonstrativo de Distribuição de PSF e Fisioterapeutas

Regional	Fisio no Hospital Regional	Centros de Saúde c/ Fisio	Centros de Saúde c/ PSF	PSF	Equipes SF	NASF	NASF c/ Fisio
Centro-Sul	Sim	-	-	5 ^(a)	-	-	-
Centro-Norte	Sim	-	-	Sim	-	-	-
Oeste	Sim	1	4	Sim	11	1	Sim
Sudoeste	Sim	Sim ^(c)	Sim	Sim ^(b)	Sim	1	-
Norte	Sim	-	-	Sim	22 ^(d)	-	-
Leste		-	-	Sim	10	-	-
Sul	Sim	-	-	Sim	20	-	-
TOTAL	25	26 ^(d)	5 ^(d)	6 ^(d)	63 ^(d)	2	1 ^(d)

(a) Programa Família Saudável; (b) Inclui Clínica da Família; (c) 1 Unidade Mista – Policlínica; e (d) pelo menos.

Fonte: Hospitais e Unidades de Pronto Atendimento ⁽³⁰⁾.

Em consulta no Portal da Transparência do Governo do DF, podemos identificar o registro de 563 (quinhentos e sessenta e três) servidores ativos ocupando cargo de fisioterapeuta ⁽³¹⁾, mas o Quadro Demonstrativo de Concursos para Cargos Efetivos Vigentes, atualizado em 15 de abril de 2016, disponibilizado pela SES/DF ⁽²⁸⁾, nos mostra que o último processo para admissão de fisioterapeutas no serviço de saúde público distrital, instaurado por meio do Edital Normativo nº 01/2014-SEAP/SES, publicado no Diário Oficial do DF nº 256, de 8 de dezembro de 2014, ainda possui 29 (vinte e nove) vagas pendentes de nomeação, apesar da validade do concurso até dezembro deste ano ⁽²⁴⁾.

O Governo do DF geralmente contrata o fisioterapeuta para atuar em qualquer dos três níveis de assistência, indiscriminadamente, conforme consta no Edital Normativo nº 01/2014-SEAPES/SES, publicado no Diário Oficial do DF nº 109, de 30 de maio de 2014, por exemplo.

DISCUSSÃO

CARVALHO et al define a fisioterapia como uma ciência da saúde que estuda, previne e trata os distúrbios cinéticos funcionais intercorrentes em órgãos e sistemas do corpo humano ⁽²²⁾, o que mostra coerência absoluta com os propósitos da atenção básica, fazendo aumentar a resolutividade e corroborando para a garantia da integralidade do SUS.

Para LOURES, as diretrizes da Estratégia de Saúde da Família reforçam o entendimento de que o trabalho do fisioterapeuta na atenção básica possibilita redimensionar as práticas em saúde. Tal achado corrobora com o resultado do trabalho de DE SOUZA, que é incisivo em dizer que o fisioterapeuta é apto a promover, por meio de equipe multiprofissional, qualidade de vida à população ⁽¹¹⁻²⁰⁾.

Verifica-se, no entanto, que o conhecimento do campo de atuação da fisioterapia é restrito, até mesmo pelos demais profissionais que já têm sua especialidade estabelecida no programa, e, principalmente pelos usuários, que, pela ignorância, deixam de solicitar a intervenção, como advertem CARVALHO e RIBEIRO ⁽²²⁻²⁵⁾. RODRIGUES, entretanto, garante que à medida que o campo de atuação da fisioterapia se torna mais conhecido e que se passa a conhecer o trabalho do fisioterapeuta, é possível verificar o aumento na demanda por esses serviços ⁽²⁾, porém, infelizmente, essa oferta dos serviços não tem acontecido.

Alguns autores, como RIBEIRO, RODRIGUES, CARVALHO, dentre outros, observam, também, que a prática da fisioterapia ainda é predominantemente de característica reabilitadora. Sem dúvida, essa é uma condição aparentemente mais confortável para o profissional, pelo conteúdo mais trabalhado na formação e aplicado na prática, decorrente do seu histórico. Entretanto, também é atribuição do fisioterapeuta prevenir doenças e promover orientações educativas.

De acordo com o argumento de RIBEIRO e NEVES, a existência das denominadas “outras categorias profissionais” nas equipes de saúde é importante para o

processo de descentralização da gestão do sistema de saúde e, nesse contexto, a fisioterapia pode participar desse programa e contribuir sobremaneira para tornar a política de saúde mais inovadora e inclusiva ⁽⁶⁻²⁵⁾.

Observa-se, porém, que os documentos disponibilizados pelo Governo do DF, na internet, são um tanto evasivos e, provavelmente, não expressam os números exatos que são praticados. Entretanto, do que se pode apurar, verifica-se que o modelo tradicional de assistência à saúde ainda predomina nessa Unidade da Federação e, por consequência, a presença do fisioterapeuta na atenção primária da capital federal é irrisória.

É provável que o número reduzido de fisioterapeutas na atenção básica no DF contribua para a pouca divulgação das capacidades dessa especialidade e, principalmente, para a falta de expectativa da população no tratamento, pela ignorância.

Pelos dados divulgados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, conforme o Censo/2010, a população estimada do Distrito Federal para 2015 seria 2.914.830 pessoas. Baseado nesse número, seriam necessários, atualmente, pelo menos 49 (quarenta e nove) NASF para atender o DF, de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica.

No entanto, os dados levantados pelo Governo de Brasília, em 2015, não mostram muita evolução quanto à cobertura da população pela Estratégia Saúde da Família: pouco mais de 25% da população é recepcionada na atenção primária pelo atual modelo de atendimento à saúde.

Conforme os estudos de RODRIGUES, LANGONI e DAVID, a atuação do fisioterapeuta na rede básica de saúde sistematiza a participação desse profissional na equipe multiprofissional, de forma transdisciplinar e horizontal, além de ratificar que sua função não se restringe apenas à reabilitação, mas também à promoção da saúde, conforme rege o SUS. Sua participação no nível primário de atenção reduz a sobrecarga do sistema nos níveis

secundário e terciário de assistência e viabiliza o acesso dos grupos prioritários à fisioterapia

(2-14-27)

CONCLUSÃO

Conclui-se, assim, que os fisioterapeutas têm aptidão para atuar em todos os níveis de atenção à saúde, segundo os objetivos da respectiva formação e as atribuições legais da profissão, embora sejam pouco divulgadas suas capacidades. Isso porque a atuação da fisioterapia não se restringe apenas ao campo curativo e da reabilitação, mas também nas ações de prevenção de doenças, promoção e educação em saúde. Atualmente, diante de uma concepção mais ampla de saúde, associada à convivência social e à qualidade de vida, a fisioterapia vem expandindo seu espectro de atuação.

No contexto da transição demográfica, que cria condições que afetam o perfil epidemiológico, é evidenciada a cadeia “incremento das doenças crônicas degenerativas na população - evolução com perda de capacidade funcional – necessidade de cuidados de saúde de longa duração - cuidados caros e de alta complexidade”, que justifica o investimento em profissionais de diversas formações, como fisioterapeutas, na atenção básica.

Os cursos de fisioterapia possuem em suas grades curriculares disciplinas que o possibilitam atuar nas áreas de saúde coletiva, gestão em saúde, dentre outras que capacitam a sua atuação na prevenção de doenças, promoção e educação em saúde.

A presença do fisioterapeuta na atenção básica, então, é relevante e atende os princípios do atual modelo de saúde adotado e, conseqüentemente, por meio de uma atuação de forma coletiva, promove a melhoria da qualidade de vida da população.

Entretanto, pode-se inferir que, apesar da previsão de fisioterapeutas para atuarem no serviço público de saúde no Distrito Federal (DF) nos diversos níveis da atenção à saúde, a atenção básica não tem sido contemplada, de forma satisfatória, com profissionais dessa área no Programa Saúde da Família.

Sendo assim, pelo que se pôde apurar, o Programa Saúde da Família tem pouco espaço no sistema de saúde do DF, onde ainda predomina o modelo tradicional, e não tem sido interesse dos gestores a inserção do fisioterapeuta no programa, mesmo nas pequenas porções do território nas quais foi implantada a Estratégia Saúde da Família.

Por fim, a divulgação das capacidades de atuação da fisioterapia, nos pequenos espaços que tem ocupado, é extremamente relevante para que essa especialidade possa se firmar na atenção básica e contribuir para que o sistema de saúde do DF atinja os objetivos estabelecidos pelo SUS.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Governo Federal. Ministério da Saúde. **Programa Saúde da Família**. Informes Técnicos Institucionais. Departamento de Atenção Básica - Secretaria de Políticas de Saúde. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102000000300018&script=sci_arttext>. Acesso em: 6 fev. 2016.
2. RODRIGUES, Franciani; DE SOUZA, Priscila Soares; BITENCOURT, Lisiane Tuon Generoso. A Fisioterapia na Atenção Primária. **Revista do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família**, Criciúma. v. 1, n. 1, 2013.
3. OLIVEIRA, Greicimar et al. Conhecimento da Equipe de Saúde da Família acerca da Atuação do Fisioterapeuta na Atenção Básica. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza. v. 24, n. 4, p. 332-339, Out-Dez, 2011.
4. SOUZA, Marcio Costa; ANDRADE, Ângelo Rocha; SOUZA, Jairrose Nascimento. Fisioterapia e a sua Práxis na Atenção Básica: um estudo sob a ótica dos discentes e docentes da área de saúde em uma universidade na Bahia. **Revista Pesquisa em Fisioterapia**, Salvador. v. 4, n. 1, p. 26-34, Abr, 2014.
5. DIBAI FILHO, Almir Vieira; AVEIRO, Mariana Chaves. Atuação dos fisioterapeutas dos núcleos de apoio à saúde da família entre idosos do município de Arapiraca-Al. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza. v. 25, n. 4, p. 397-404, Out-Dez, 2012.
6. NEVES, Laura Maria Tomazi; ACIOLE, Giovanni Gurgel. Desafios da integralidade: revisitando as concepções sobre o papel do fisioterapeuta na equipe de Saúde da família. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu. v. 15, n. 37, Abr-Jun, 2011.
7. MENEGAZZO, Isabela Rodrigues; PEREIRA, Micaele Rodrigues; VILLALBA, Juliana Pasti. Levantamento epidemiológico de doenças relacionadas à fisioterapia em uma Unidade Básica de Saúde do município de Campinas. **Journal of the Health Sciences Institute**, Campinas. v. 28, n. 4, p. 348-51, Out-Dez, 2010.
8. BRASIL. Governo Federal. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 25 jan. 2016.
9. RODRIGUEZ, Michelline Ribeiro. Análise histórica da trajetória do profissional do fisioterapeuta até sua inserção nos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF). **Comunicação em ciências da saúde**, Brasília. v. 21, n. 3, p. 261-266, Jul-Set, 2010.
10. DISTRITO FEDERAL. Governo de Brasília – Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. **Plano Distrital de Saúde 2012 a 2015**. Disponível em <http://www.saude.df.gov.br/images/Conselho%20de%20Saude%20do%20DF/planodesaude_2012_2015%201.pdf>. Acesso em: 12 mar 2016.

11. LOURES, Lilianny Fontes; SILVA, Maria Cecília de Souza. A interface entre o trabalho do agente comunitário de saúde e do fisioterapeuta na atenção básica à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro. v. 15, n. 4, p. 2155-2164, Out-Dez, 2010.
12. SOUSA, Ana Ruth Barbosa; RIBEIRO, Kátia Suely Queiroz Silva. A rede assistencial em fisioterapia no município de João Pessoa: uma análise a partir das demandas da atenção básica. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, João Pessoa. v. 15, n. 3, p. 357-368, Jul-Set, 2011.
13. JÚNIOR, José Patrício Bispo et al. Fisioterapia e saúde coletiva: desafios e novas responsabilidades profissionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro. v. 15, Suplemento 1, p. 1627-1636, Jun, 2010.
14. LANGONI, Chandra da Silveira; VALMORBIDA, Luiza Armani; RESENDE, Thais de Lima. A introdução de atendimentos por fisioterapeutas em unidades da atenção primária em saúde. p. 261. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza. v. 25, n. 3, p. 261-270, Jul-Set, 2012.
15. DE SOUZA, Márcio Costa et al. Fisioterapia e Núcleo de Apoio à Saúde da Família: conhecimento, ferramentas e desafios. **O Mundo da Saúde**, São Paulo. p. 176 a 184, Abr-Jun, 2013.
16. NAVES, Cristiane Roberta; BRICK, Vanessa de Souza. Análise quantitativa e qualitativa do nível de conhecimento dos alunos do curso de fisioterapia sobre a atuação do fisioterapeuta em saúde pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro. v. 16, Suplemento 1, p. 1525-1534, 2011.
17. BRASIL. Governo Federal. Ministério da Saúde. **Guia Prático do Programa Saúde da Família**. Brasília. 2001. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/partes/guia_psf1.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2016.
18. SERIANO, Kajena Nascimento; MUNIZ, Vivianne Ramos da Cunha; CARVALHO, Maria Ester Ibiapina Mendes de. Percepção de estudantes do curso de fisioterapia sobre sua formação profissional para atuação na atenção básica no Sistema Único de Saúde. **Fisioterapia e Pesquisa**, São Paulo. v. 20, n. 3, p. 250-255, Jul-Set, 2013.
19. BRASIL. Governo Federal. Ministério da Saúde. **Estratégia Saúde da Família**. Disponível em <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_esf>. Acesso em: 6 fev. 2016.
20. DE SOUZA, Marcio Costa et al. Integralidade na Atenção à Saúde: um olhar da Equipe de Saúde da Família sobre a fisioterapia, **O Mundo da Saúde**, São Paulo. p. 452-460, São Paulo, Jul-Set, 2012.
21. PORTES, Leonardo Henriques et al. Atuação do Fisioterapeuta na Atenção Básica à Saúde: uma revisão da literatura brasileira. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, Juiz de Fora. v. 14, n. 1, Jan-Mar, 2011.
22. CARVALHO, Sarah Tarcisia Rebelo Ferreira de et al. Conhecimentos dos usuários da Estratégia Saúde da Família sobre a fisioterapia. **Fisioterapia em movimento**, Curitiba. v. 24, n. 4, p. 655-664, Out-Dez, 2011.

23. AVEIRO, Mariana Chaves et al. Perspectivas da participação do fisioterapeuta no Programa Saúde da Família na atenção à saúde do idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro. v. 16, Suplemento 1, p. 1467-1478, 2011.
24. FORMIGA, Nicéia Fernandes Barbosa; RIBEIRO, Kátia Suely Queiroz Silva. Inserção do fisioterapeuta na Atenção Básica: uma analogia entre experiências acadêmicas e a proposta dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, João Pessoa. v. 16, n. 2, p. 113-122, Abr-Jun, 2012.
25. RIBEIRO, Cristina Dutra; SOARES, Maria Cristina Flores. Situações com potencialidade para atuação da fisioterapia na atenção básica no Sul do Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington DC. v. 36, n. 2, p. 117-123, 2014.
26. DELAI, Kéllin Daneluz; WISNIEWSKI, Miriam Salete Wilk. Inserção do fisioterapeuta no Programa Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro. v. 16, Suplemento 1, p. 1515-1523, 2011.
27. DAVID, Maria Laura Oliveira et al. Proposta de atuação da fisioterapia na saúde da criança e do adolescente: uma necessidade na atenção básica. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro. v. 37, n. 96, p. 120-129, Jan-Mar, 2013.
28. DISTRITO FEDERAL. Governo de Brasília – Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. **Quadro Demonstrativo de Concursos e Nomeações**. Disponível em <http://www.saude.df.gov.br/images/Concursos/Quadro%20demostrativo/CONCURSOS_PA_RA_CARGOS_EFETIVOS_VIGENTES_-ATUALIZADO_EM__15_DE_ABRIL_DE_2016.pdf>. Acesso em: 30 abr 2016.
29. DISTRITO FEDERAL. Governo de Brasília – Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. **Plano Distrital de Saúde 2016 a 2019**. Disponível em <<http://www.saude.df.gov.br/planejamento/planos-de-saude/plano-de-saude-2016-2019.html>>. Acesso em: 13 mar 2016.
30. DISTRITO FEDERAL. Governo de Brasília – Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. **Hospitais e Unidades de Pronto Atendimento**. Disponível em <<http://www.saude.df.gov.br/sobre-a-secretaria/hospitais-e-regionais.html>>. Acesso em: 11 mar 2016.
31. DISTRITO FEDERAL. Governo de Brasília – Controladoria-Geral do Distrito Federal. **Remuneração dos Servidores**. Disponível em <http://www.transparencia.df.gov.br/Pages/Servidores/remuneracao_servidores.aspx>. Acesso em: 27 mar 2016.